

**Diagnósticos de enfermagem predominantes na assistência a pacientes com acidente vascular cerebral****Predominant nursing diagnoses in assistance to patients with stroke**

Recebimento dos originais: 25/01/2019

Aceitação para publicação: 27/02/2019

**Sivaldo da Rocha Reis Júnior**

Pós Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva

Instituição: Faculdade de Educação em Ciências da Saúde

Endereço: Avenida São Paulo, 409 - apto 05 – Jordanópolis São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil - CEP: 09892-330

E-mail: sivaldo.reis@hotmail.com

**Camila Waters**

Mestre em Enfermagem

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Endereço: Rua Carlos Weber, 535 – apto 42 bloco B – Vila Leopoldina- São Paulo, São Paulo, Brasil - CEP: 05303-000

E-mail: camila.waters@fcmsantacasasp.edu.br

**RESUMO**

Objetivo: Identificar e analisar, por meio de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, quais são os diagnósticos de Enfermagem predominantes em pacientes com acidente vascular cerebral. Metodologia: Revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE e SciELO, utilizando os descritores: Acidente Vascular Cerebral e Diagnóstico de Enfermagem, buscando artigos disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 2008 a 2018, nos idiomas português ou espanhol e que abordem a temática do estudo. Excluídos artigos de revisão e teses. Resultados: Encontrados 427 artigos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, permanecemos com nove artigos, sendo que dois foram publicados no ano de 2015, outros dois em 2013, outros dois em 2012 e três artigos foram publicados no ano de 2010. Citados dez diagnósticos de enfermagem: incontinência urinária, comunicação verbal prejudicada, deambulação prejudicada, risco de intolerância à atividade, risco de aspiração, mobilidade física prejudicada, estilo de vida sedentário, risco de síndrome do desuso, capacidade de transferência prejudicada e risco de quedas, sendo que cinco pertenciam ao domínio 4 – atividade e repouso e a maioria pertencia à classe II – atividade e exercício. Conclusão: As vítimas do AVC são afetadas por incapacidades que limitam suas atividades, ocasionando dificuldade de mobilidade e predispondo ao risco de quedas, que foi o diagnóstico de enfermagem mais citado nos artigos. Dessa forma, a assistência de enfermagem deve ser direcionada com o enfoque em reduzir eventos que possam causar maiores danos ao paciente, proporcionando assim uma qualidade de vida mais satisfatória.

**Palavras-chave:** Diagnóstico de Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem.

**ABSTRACT**

Objective: Identify and analyze, through scientific articles published in the last 10 years, which are the predominant Nursing diagnoses in patients with stroke. Methodology: Integrative literature review, with search in the databases BDENF, LILACS, MEDLINE and SciELO, using the descriptors: Stroke and Diagnosis of Nursing, searching for articles available in full, published in the years 2008 to 2018, in Portuguese or Spanish and that address the theme of the study. Excluded review articles and theses. Results: 427 articles were found and, after applying the inclusion and exclusion criteria, we remained with nine articles, two of which were published in 2015, two in 2013, two in 2012 and three articles published in 2010. Ten nursing diagnoses were cited: urinary incontinence, impaired verbal communication, impaired walking, risk for activity intolerance, risk for aspiration, impaired physical mobility, sedentary lifestyle, risk for disuse syndrome, impaired transfer ability and risk for falls, five belonged to domain 4 - activity and rest and most belonged to class II - activity and exercise. Conclusion: Stroke victims are affected by disabilities that limit their activities, causing mobility difficulties and predisposing to the risk of falls, which was the nursing diagnosis most frequently cited in the articles. Thus, nursing care should be directed with a focus on reducing events that may cause greater harm to the patient, thus providing a more satisfactory quality of life.

**Keywords:** Nursing Diagnoses; Stroke; Nursing Care.

**1 INTRODUÇÃO**

O acidente vascular cerebral (AVC) é a parcial ou total falta de oxigenação para os tecidos cerebrais. Pode ser classificado em Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) e Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico (AVCH). O AVCI ocorre por um fator mecânico que interrompa o fluxo sanguíneo cerebral e o AVCH ocorre por um rompimento de algum vaso sanguíneo, o que também impossibilita um fluxo cerebral adequado (ANDRADE et al., 2009)<sup>1</sup>.

Já Lewis e outros autores (2013)<sup>2</sup> descrevem o AVC como falta de fluxo sanguíneo por isquemia (AVCI) ou hemorragia (AVCH), resultado na morte de células cerebrais, comprometendo funções como a sensibilidade, motricidade ou emoções. A gravidade do AVC e de suas complicações depende da localização e extensão da área do cérebro que foi afetada.

É mais predominante o AVC isquêmico, cerca de 80% do total dos casos, contra 15% de casos de AVC hemorrágico (LIMA et al., 2016)<sup>3</sup>.

O cérebro requer um suprimento contínuo de sangue para suprir os neurônios com oxigênio e glicose que eles necessitam para manter suas funções. O fluxo sanguíneo deve ser mantido entre 750 e 1000mL/min (cerca de 20% do débito cardíaco) para funcionamento ideal do encéfalo. Se o fluxo sanguíneo for totalmente interrompido, o metabolismo neurológico se altera em 30 segundos, para em 2 minutos, e ocorre morte celular em 5 minutos (LEWIS et al., 2013, p. 1460)<sup>2</sup>.

Os fatores de risco para o AVC são inúmeros, sendo eles fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis são aqueles que, como o próprio nome diz, podem ser parcialmente ou totalmente modificados, principalmente por mudanças nos hábitos de vida ou tratamento de outras doenças. Dentre eles pode-se incluir: hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada ou uso abusivo de drogas. Já dentre os não modificáveis, ou seja, aqueles que não possuímos a autonomia de alterá-los podemos citar: idade acima de 55 anos (dobrando o risco a cada década), raça/etnia (maior taxa de mortalidade entre a raça negra), gênero (maior prevalência entre os homens, porém maior mortalidade entre as mulheres), histórico familiar, etc. (LEWIS et al., 2013)<sup>2</sup>.

De acordo com Lewis e outros autores (2013)<sup>2</sup>, quando há a suspeita de um AVC, alguns exames diagnósticos podem ser realizados, tanto para diagnosticá-lo quanto para avaliar o tipo (AVCI ou AVCH), a extensão ou o tratamento. Estes exames podem mostrar a presença, extensão ou o envolvimento do encéfalo, como na ressonância magnética, tomografia computadorizada, angiografia por tomografia computadorizada ou angiografia por ressonância magnética. Outros exames que podem auxiliar no diagnóstico, porém voltados para avaliação do fluxo sanguíneo cerebral, são a angiografia cerebral, angiografia carotídea, angiografia por subtração digital, ultrassonografia doppler transcraniana ou duplex scan de carótidas. Ainda é possível realizar exames como eletrocardiograma, radiografia de tórax, marcadores cardíacos ou ecocardiografia, caso suspeite-se que a oclusão seja devido trombo de origem cardíaca.

O tratamento para o AVC inicia-se na fase preventiva, onde o foco é o tratamento dos fatores de risco modificáveis, o que reduziria os gastos com hospitalização e tratamentos emergenciais. Porém, após diagnosticado o AVC, o tratamento depende da etiologia da doença, seja ela de origem isquêmica ou hemorrágica. Pode-se dividir o tratamento preventivo em três categorias: Colaborativo - controle da hipertensão arterial sistêmica, controle do diabetes mellitus, tratamento de problema cardíaco subjacente, limitar o consumo de álcool, tratamento para o tabagismo, realizar atividades físicas e alimentação adequada; Farmacológico – uso de inibidores de agregação plaquetária e tratamento com terapia anticoagulante para pacientes com arritmias; Cirúrgicos – endarterectomia carotídea, implante de stent em parte da carótida, angioplastia transluminal, bypass extracraniano-intracraniano, intervenções cirúrgicas para aneurismas com risco de ruptura. Já como tratamento

emergencial após o AVC, podemos elencar: AVC isquêmico – uso de ativador plaminogênio tecidual recombinante; AVC hemorrágico – descompressão cirúrgica e clipagem ou embolização de aneurisma (LEWIS et al., 2013)<sup>2</sup>.

Atualmente, segundo Lewis e outros (2013)<sup>2</sup>, cerca de 6,5 milhões de pessoas no mundo já foram vítimas de um AVC, sendo que desse total, 50 a 70% são funcionalmente independentes, e 15 a 30% são funcionalmente dependentes.

Em escala mundial, o AVC é a segunda principal causa de morte, ocorrendo predominantemente em adultos de meia-idade e idosos. Nas últimas décadas, o AVC no Brasil vem liderando entre as principais causas de internações e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa. Foram registradas no país 160.621 internações por doenças cerebrovasculares em 2009, sendo a taxa de mortalidade de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes (LIMA et al., 2016, p. 786)<sup>3</sup>.

Considera-se o AVC, como descrito por Rodrigues et al. (2008)<sup>4</sup> e Andrade et al. (2009)<sup>1</sup>, um grande problema de saúde pública, não somente pensando no atendimento hospitalar no momento do acidente vascular, mas na reabilitação e qualidade de vida desses pacientes, que muitas vezes necessitam de tratamentos caros e demorados, e que não resultam em cem por cento da melhora do mesmo, acarretando indivíduos improdutivos para a sociedade.

Com a evolução desse quadro epidemiológico no Brasil, torna-se cada vez mais necessário que os profissionais de Enfermagem sejam capacitados para o atendimento desses pacientes, desde o momento em que adentram no hospital. O atendimento rápido e eficaz é fundamental para diminuir as chances de casos de morbimortalidade, o que por vezes culmina em um atendimento especializado em uma Unidade de Terapia Intensiva, desde o momento em que serão acompanhados em tratamentos futuros em unidades de saúde e clínicas de reabilitação, tentando alcançar uma qualidade de vida melhor (LIMA et al., 2016)<sup>3</sup>.

De acordo com Lima e outros autores (2016)<sup>3</sup>, a necessidade desses diferentes atendimentos pela equipe de Enfermagem requer que as práticas realizadas sejam evidenciadas pela ciência dos cuidados, fundamentada em teorias e pesquisas.

O método utilizado para sistematizar a assistência de Enfermagem é o Processo de Enfermagem (PE), forma de tomada de decisões que se apoia nos passos do método científico. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

vem ocorrendo desde Florence Nightingale, quando, ao participar como voluntária na Guerra da Crimeia com outras 38 mulheres, em 1854, conseguiu reduzir a mortalidade local de 40% para 2% (BARROS; LOPES, 2010, p. 63)<sup>5</sup>.

O processo de Enfermagem inclui avaliação do paciente, Diagnóstico de Enfermagem, planejamento, estabelecimento de resultados, intervenção e reavaliação contínua (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)<sup>6</sup>.

Os Diagnósticos de Enfermagem são uma etapa primordial do processo de Enfermagem, pois dará subsídios às outras etapas, como às intervenções e cuidados que serão realizadas a um determinado indivíduo; vislumbrando não apenas a doença acidente vascular cerebral, mas o indivíduo em sua integridade e individualidade (LIMA et al., 2016)<sup>3</sup>.

A taxonomia da NANDA-I classifica e categoriza as diferentes áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 Diagnósticos de Enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os diagnósticos estão agrupados em uma área mais ampla do conhecimento de Enfermagem, chamada de domínio, e posteriormente os mesmos estão mais criteriosamente subdivididos por afinidade temática em subcategorias pertencentes a um domínio específico, denominado de classe (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)<sup>6</sup>.

A necessidade de elencar Diagnósticos de Enfermagem predominantes aos pacientes com diagnóstico médico de AVC é a de se traçar um perfil e facilitar o entendimento de intervenções específicas a esse paciente. Visto essa necessidade, surgiu a pergunta: quais são os Diagnósticos de Enfermagem predominantes na assistência a pacientes com acidente vascular cerebral?

## **2 OBJETIVO**

Identificar e analisar, por meio de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, quais são os Diagnósticos de Enfermagem predominantes em pacientes com acidente vascular cerebral.

## **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa de literatura, com abordagem quantitativa e qualitativa.

Para Souza, Silva e Carvalho (2010)<sup>7</sup>, “a revisão integrativa é uma abordagem metodológica que se refere às revisões e combina também dados da literatura teórica e

empírica, afim de gerar um panorama consistente de conceitos complexos ou problemas de saúde relevantes para a Enfermagem”.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759)<sup>8</sup>.

Para este estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica abordando a significância e os dados epidemiológicos da questão levantada, apontando-a como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade.

Ainda se realizou levantamento de artigos disponíveis em literatura, seguindo o rigoroso sistema metodológico conforme apresentando no fluxograma a seguir

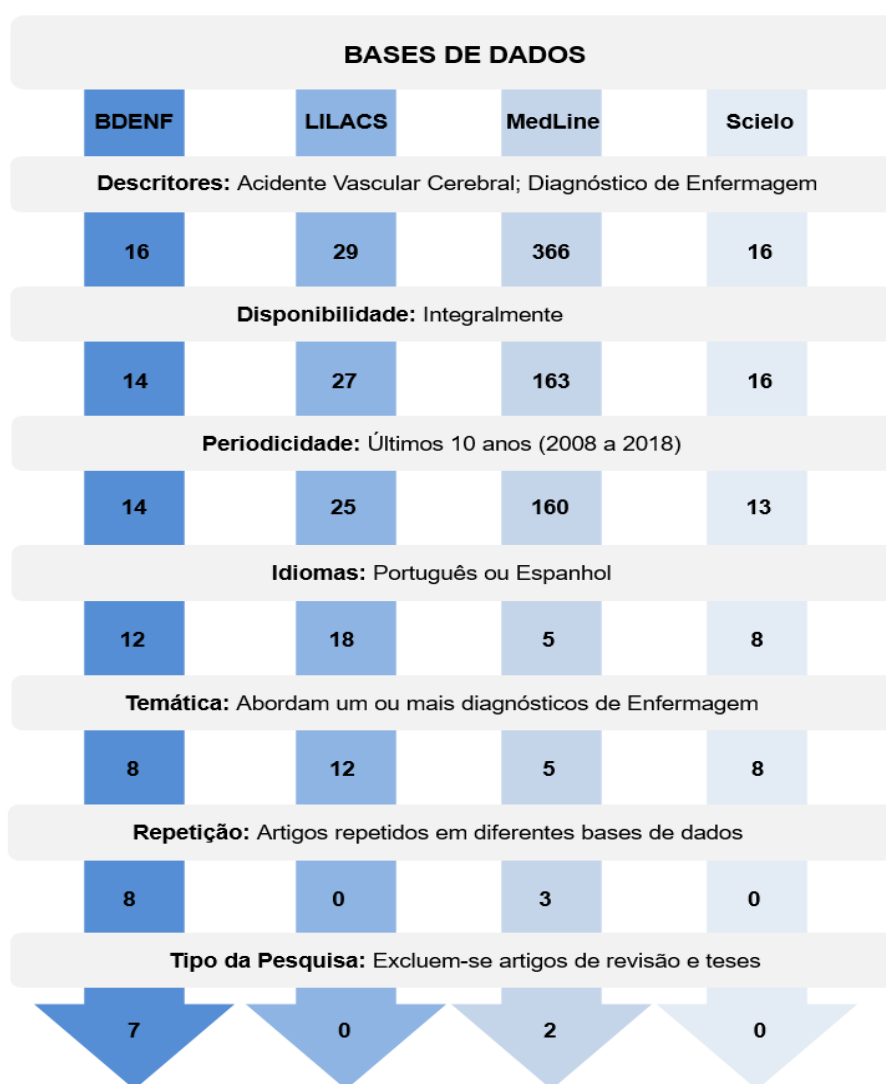


Figura 1. Etapas e critérios de inclusão e exclusão na escolha dos artigos.  
Fonte: Dados da Pesquisa

Inicialmente, com os descritores Acidente Vascular Cerebral e Diagnóstico de Enfermagem, foram encontrados 427 artigos. Após os critérios de inclusão e exclusão apresentados na Figura 1, a amostra final foi composta por um total de nove artigos, sendo sete encontrados na base de dados BDENF e dois na MEDLINE.

Após a escolha dos artigos a serem utilizados neste estudo, criou-se um quadro com as informações mais relevantes de cada artigo, dando ênfase aos Diagnósticos de Enfermagem destacados em cada um.

Posteriormente, com dados de Diagnósticos de Enfermagem em mãos, dividiu-se os mesmos em Domínios e Classes conforme a taxonomia NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)<sup>6</sup> apresentando-os em forma de figuras para exemplificar e facilitar a discussão e correlação dos diagnósticos.

#### **4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Após a composição da amostra de artigos, foram selecionados os dados necessários e mais relevantes de cada artigo, agregando-os em forma de quadro para melhor visualização das informações que serão discutidas neste estudo.

Segue abaixo a Tabela I com os artigos selecionados, bem como com as respectivas informações de título do artigo, nome dos autores, ano de publicação, base de dados, nome do periódico, local da publicação, tamanho da amostra, método, objetivo, Diagnósticos de Enfermagem evidenciados, resultados e conclusões.



ARTIGO / AUTOR / ANO PUBLICAÇÃO	BASE DA DADOS / PERIÓDICO / LOCAL	Nº DA AMOSTRA	MÉTODO	OBJETIVO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EVIDENCIADOS (NANDA-I)	RESULTADOS E CONCLUSÕES
Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral / (LEANDRO et al., 2015) <sup>9</sup>	MedLine / Revista da Escola de Enfermagem da USP / São Paulo-SP, Brasil	156 pacientes	Estudo transversal	Determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem: Incontinência urinária de esforço, Incontinência urinária de urgência, Incontinência urinária funcional, Incontinência urinária por transbordamento e Incontinência urinária reflexa em pacientes com AVC	Incontinência Urinária de Esforço, Incontinência Urinária de Urgência, Incontinência Urinária Funcional, Incontinência Urinária por Transbordamento e Incontinência Urinária Reflexa	144 pacientes (92,3%) apresentaram algum tipo de incontinência urinária, sendo mais presente a incontinência urinária por transbordamento (72,4%). Conclui-se que pelo menos um diagnóstico da classe I (função urinária) é bastante expressiva em pacientes com AVC
Fatores clínicos preditores do risco para aspiração e aspiração respiratória em pacientes com Acidente Vascular Cerebral / (OLIVEIRA et al., 2015) <sup>10</sup>	BDENF / Revista Latino Americana de Enfermagem / Ribeirão Preto-SP, Brasil	105 pacientes	Estudo descritivo transversal	Investigar a associação dos fatores de risco com o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração e a aspiração respiratória	Risco de Aspiração	Em relação ao diagnóstico de enfermagem, os avaliadores julgaram que 34,3% dos pacientes acometidos por AVC apresentavam o diagnóstico Risco de aspiração, e 30,5% desenvolveram aspiração respiratória, comprovado por exame clínico. Além disso, destaca-se que pacientes com diagnóstico de Risco de aspiração aumentaram a chance de desenvolver aspiração respiratória
Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "risco de aspiração" em pacientes com acidente cerebrovascular / (CAVALCANTE et al., 2013) <sup>11</sup>	MedLine / Revista Latino Americana de Enfermagem / Ribeirão Preto-SP, Brasil	24 pacientes	Estudo observacional	Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "risco de aspiração" em pacientes com acidente cerebrovascular	Risco de Aspiração	A prevalência do diagnóstico de enfermagem "risco de aspiração" nos indivíduos com AVC foi de 58,3% e a prevalência aspiração respiratória (em 48 horas) foi de 37,5%
Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico / (CHAVES et al., 2013) <sup>12</sup>	BDENF / Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste / Fortaleza-CE, Brasil	40 pacientes	Estudo exploratório transversal	Investigar a prevalência do diagnóstico de enfermagem Comunicação Verbal Prejudicada em pacientes com AVE na fase de reabilitação	Comunicação Verbal Prejudicada	O diagnóstico comunicação verbal prejudicada esteve presente em 15 participantes (37,5%) no dia da avaliação
Identificação do diagnóstico de enfermagem "risco de queda em idosos com acidente vascular cerebral" / (MORAIS et al., 2012) <sup>13</sup>	BDENF / Revista Gaúcha de Enfermagem / Porto Alegre-RS, Brasil	37 pacientes	Estudo descritivo transversal	Identificar o diagnóstico de enfermagem Risco de quedas em idosos após AVC	Risco de Quedas	O diagnóstico risco de queda foi identificado em 100% dos participantes, uma vez que todos possuíam pelo menos um fator de risco para o evento. Destaca-se o fator de risco equilíbrio prejudicado, aparecendo em 100% dos casos
Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral / (OLIVEIRA et al., 2012) <sup>14</sup>	BDENF / Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro / Rio de Janeiro-RJ, Brasil	121 pacientes	Estudo exploratório transversal	O estudo teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), edição de 2008, em pacientes AVC	Risco de Quedas, Mobilidade Física Prejudicada, Deambulação Prejudicada, Estilo de Vida Sedentário, Risco de Síndrome do Desuso, Risco de Intolerância à Atividade e Capacidade de Transferência Prejudicada	Risco de queda (95,9%), Mobilidade física prejudicada (90,1%), Deambulação prejudicada (85,1%), Estilo de vida sedentário (83,5%), Risco de síndrome do desuso (80,2%), Risco de intolerância à atividade (76,9%) e Capacidade de transferência prejudicada (69,4%). Observou-se que o AVC leva a maioria dos casos a deficiências parciais ou totais do indivíduo
Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico / (COSTA et al., 2010a) <sup>15</sup>	BDENF / Revista de Enfermagem Escola Anna Nery / Rio de Janeiro-RJ, Brasil	73 pacientes	Estudo exploratório	Identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de queda em indivíduos idosos acometidos por AVE	Risco de Quedas	O diagnóstico de enfermagem Risco de quedas foi apresentado pela totalidade dos participantes (100%) do estudo, que acometidos por um evento de AVE, muitas vezes apresentavam incapacidades físicas importantes
Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico / (COSTA et al., 2010b) <sup>16</sup>	BDENF / Revista da Escola de Enfermagem da USP / São Paulo-SP, Brasil	121 pacientes	Estudo transversal quantitativo	Investigar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada em pacientes com AVE	Mobilidade Física Prejudicada	109 (90%) pacientes apresentaram diagnóstico Mobilidade física prejudicada. Os fatores relacionados foram Força muscular diminuída e Prejuízos neuromusculares, identificados em 100% da população do estudo
Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem / (MOREIRA et al., 2010) <sup>17</sup>	BDENF / Revista Eletrônica de Enfermagem / [internet], Brasil	121 pacientes	Estudo observacional transversal	Analisar a associação entre a presença do cuidador de clientes com acidente vascular encefálico e os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da NANDA	Estilo de Vida Sedentário, Risco de Síndrome do Desuso e Capacidade de Transferência Prejudicada	Estas associações podem ser justificadas pelo fato do cuidador, muitas vezes, desempenhar um papel superprotetor e realizar atividades pelo cliente. Assim, o portador de AVE pode estar deixando de fazer o esforço de que é capaz



Tabela I. Artigos selecionados e Diagnósticos de Enfermagem evidenciados. Brasil, 2008-2018.

Fonte: resumo desenvolvido pelos autores

A Tabela I indica que cada artigo apresentou em seus resultados pelo menos um Diagnóstico de Enfermagem, com variação de até sete diagnósticos em cada artigo.

Dentre os nove artigos selecionados para este estudo, foram encontrados 14 Diagnósticos de Enfermagem, porém, para melhor interpretação e apresentação dos dados colhidos, pelo fato de apenas o primeiro artigo apresentar cinco diferentes diagnósticos de incontinência urinária, apresentaremos este dado apenas como incontinência urinária, resultando por fim em 10 diferentes Diagnósticos de Enfermagem.

Abaixo segue a Figura 2 com a incidência em que os dez Diagnósticos de Enfermagem foram citados nos artigos selecionados.

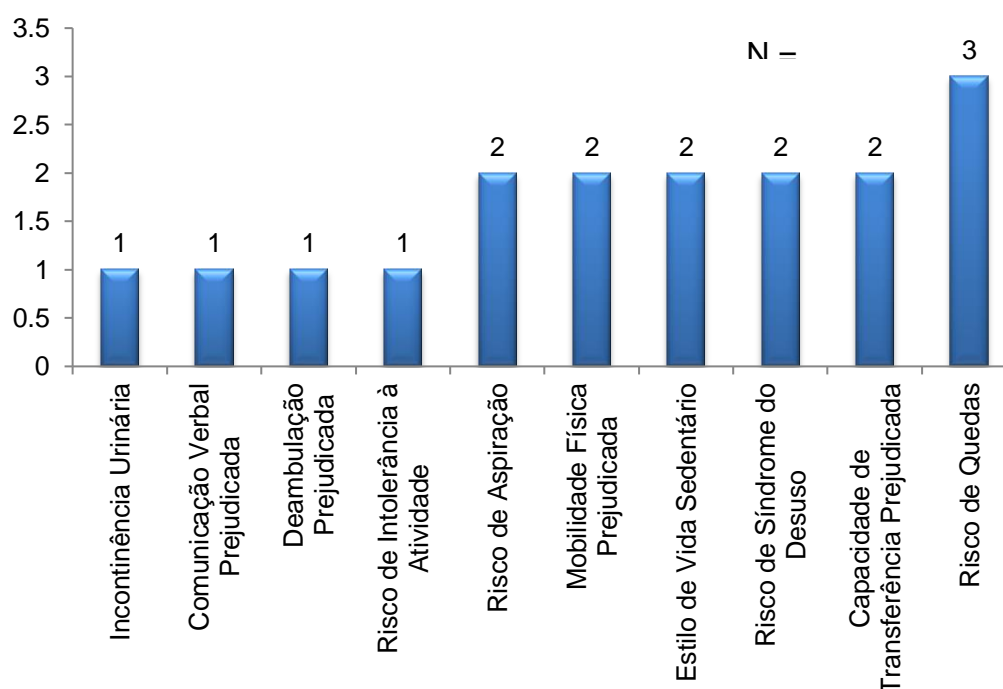


Figura 2. Incidência dos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos artigos selecionados. Brasil, 2008-2018.

Fonte: Dados da Pesquisa

Como podemos verificar na Figura 2, foram citados dez diferentes Diagnósticos de Enfermagem na amostra de nove artigos. O Diagnóstico de Enfermagem “Risco de Quedas”

foi o mais incidente, citado em três artigos<sup>(13,14,15)</sup>. Os Diagnósticos de Enfermagem “Capacidade de Transferência Prejudicada”, “Risco de Síndrome do Desuso” e “Estilo de Vida Sedentário” foram citados por dois artigos<sup>(14,17)</sup>; “Mobilidade Física Prejudicada” foi citado por mais dois artigos<sup>(14,16)</sup> e “Risco de Aspiração” por outros dois artigos<sup>(10,11)</sup>. Os seguintes Diagnósticos de Enfermagem foram citados por um artigo cada: “Risco de Intolerância à Atividade”<sup>(14)</sup>, “Deambulação Prejudicada”<sup>(14)</sup>, “Comunicação Verbal Prejudicada”<sup>(12)</sup> e Incontinência Urinária”<sup>(9)</sup>.

Abaixo segue a Figura 3 com a divisão dos Diagnósticos de Enfermagem identificados nos artigos, segundo os domínios a que pertencem.

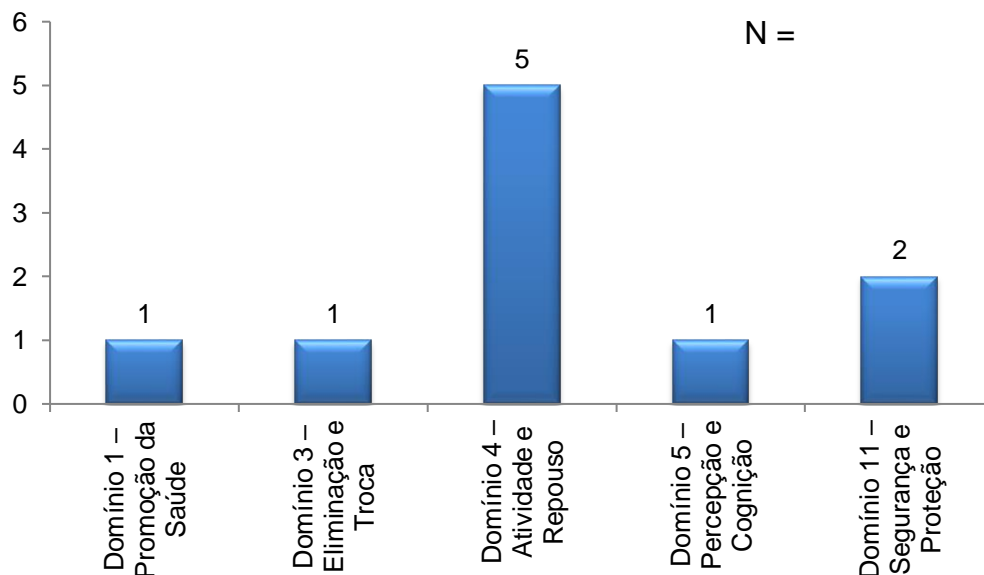


Figura 3. Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem segundo os Domínios. Brasil, 2008-2018.  
Fonte: Dados da Pesquisa

Os Diagnósticos de Enfermagem citados na amostra de nove artigos foram distribuídos em Domínios, conforme mostra a Figura 3. Observamos que cinco Diagnósticos de Enfermagem (capacidade de transferência prejudicada, mobilidade física prejudicada, risco de síndrome do desuso, deambulação prejudicada e risco de intolerância à atividade) pertenciam ao Domínio 4 - atividade e repouso, seguido de dois Diagnósticos de Enfermagem (risco de quedas e risco de aspiração) no Domínio 11 - segurança e proteção, um Diagnóstico

de Enfermagem (estilo de vida sedentário) no Domínio 1 - promoção da saúde, outro Diagnóstico de Enfermagem (incontinência urinária) no Domínio 3 - eliminação e troca e outro Diagnóstico de Enfermagem (comunicação verbal prejudicada) no Domínio 5 - percepção e cognição.

Abaixo segue a Figura 4 com a divisão dos Diagnósticos de Enfermagem deste estudo pertencentes ao domínio 4 – Atividade e Repouso subdivididos pelas classes pertencentes a este domínio.

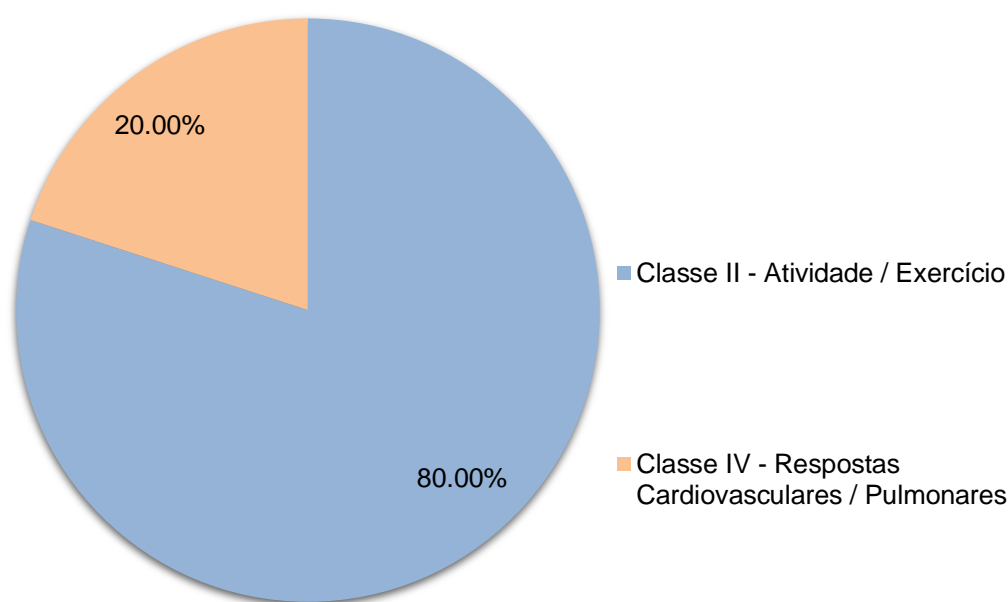


Figura 4. Proporção dos Diagnósticos de Enfermagem do Domínio 4 – Atividade e Repouso por Classes. Brasil, 2008-2018.

Fonte: Dados da Pesquisa

No Domínio 4 – Atividade e Repouso foram encontrados cinco Diagnósticos de Enfermagem, que foram distribuídos em Classes, conforme mostra a Figura 5. Observamos que quatro (80,00%) Diagnósticos de Enfermagem (capacidade de transferência prejudicada, deambulação prejudicada, mobilidade física prejudicada e risco de síndrome do desuso) pertencem à classe II – atividade / exercício e um (20,00%) Diagnóstico de Enfermagem (risco de intolerância à atividade) pertence à classe IV – respostas cardiovasculares / pulmonares.

Abaixo segue a Figura 5 com a divisão de todos os Diagnósticos de Enfermagem deste

estudo divididos entre a classe II – atividade / exercício do domínio 4 - atividade e repouso e outras classes.

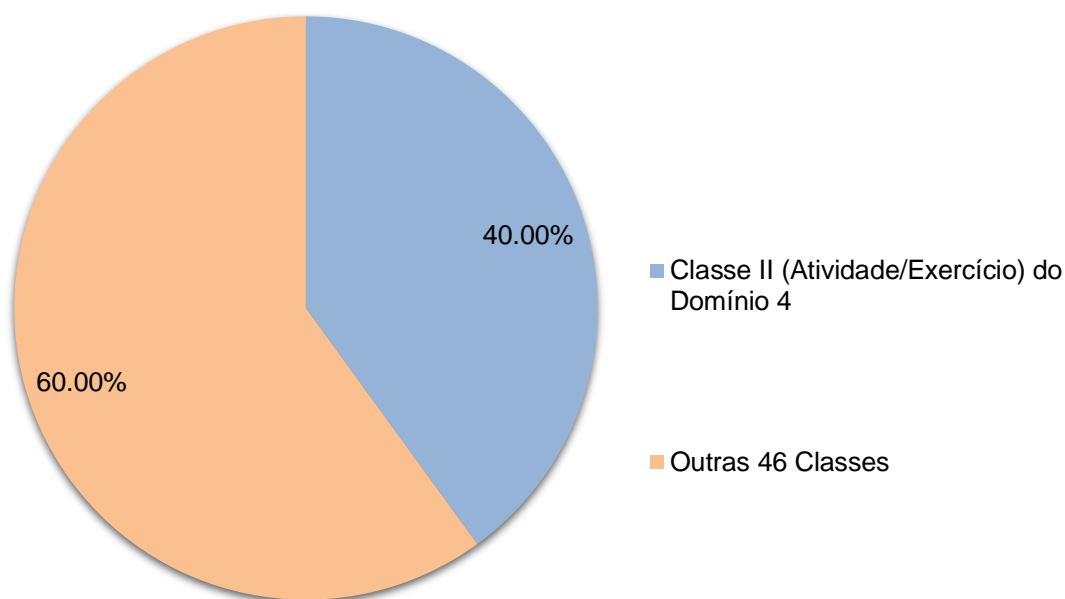


Figura 5. Proporção dos Diagnósticos de Enfermagem por Classes. Brasil, 2008-2018.  
Fonte: Dados da Pesquisa

Para termos esta mesma ideia, porém de forma mais ampla, a NANDA-I categoriza os Diagnósticos de Enfermagem em 47 classes, como dito anteriormente. Uma única classe (a classe II – atividade / exercício do domínio 4 - atividade e repouso) representa 40,00% dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados neste estudo, enquanto as outras 46 classes juntas representam 60,00% dos Diagnósticos de Enfermagem.

## 5 DISCUSSÃO

“Um Diagnóstico de Enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (HERDMAN; KAMITSURU, 2018)<sup>6</sup>.

A base de um diagnóstico de Enfermagem é o raciocínio clínico. Esse raciocínio envolve o uso de um julgamento clínico para decidir o que está errado com o paciente, bem como uma tomada de decisão clínica em relação ao que precisa ser feito (Levett-Jones et al., 2010 apud. HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 85)<sup>6</sup>.

De acordo com Herdman e Kamitsuru (2018)<sup>6</sup>, classificar os Diagnósticos de Enfermagem encontrados neste estudo pelo sistema de classificação da NANDA-I, em domínios e classes, que são áreas de estudo específicas e com temática afins, facilita o entendimento e aprofundamento de qual área o enfermeiro deve preocupar-se com o paciente acometido pelo AVC.

Para Vaughans (2012)<sup>18</sup>, o diagnóstico também esclarece a prática da Enfermagem, possibilitando ao enfermeiro uma linguagem comum para a classificação das necessidades dos pacientes. Cada diagnóstico citado na taxonomia NANDA-I inclui o rótulo diagnóstico, a definição, as características definidoras, os fatores de risco e os fatores relacionados.

Uma taxonomia é definida como o sistema de nomear e organizar coisas [...] em grupos que compartilham qualidades similares. Inclui na Taxonomia, os domínios são uma área de interesse ou uma área sob a qual alguém exerce controle, e as classes são um grupo [...] com uma estrutura similar (Cambridge Dictionary On-Line, 2017 apud. HERDMAN; KAMITSURU, 2018, p. 169)<sup>6</sup>.

Segundo Herdman e Kamitsuru (2018)<sup>6</sup>, a classe II - atividade/exercício do domínio 4 é definida como “movimento de partes do corpo (mobilidade), realização de tarefas ou ações, normalmente (embora nem sempre) contra resistência”.

Ainda segundo Herdman e Kamitsuru (2018)<sup>6</sup>, a classe IV – respostas cardiovasculares/pulmonares do domínio 4 é definida “como mecanismos cardiopulmonares que apoiam atividade/repouso”.

Para associarmos a presença dos diagnósticos da classe II - atividade/exercício do domínio 4 – atividade e repouso com outras complicações relacionadas ao paciente com AVC, o diagnóstico risco de aspiração em pacientes com AVC teve o fator de risco



mobilidade corporal diminuída como o terceiro com maior força de associação, mesmo quando não foi evidenciada aspiração respiratória no paciente. Quando associada a presença do fator de risco mobilidade corporal diminuída com a presença da aspiração respiratória, o mesmo manteve mesma força de associação (OLIVEIRA et al., 2015)<sup>10</sup>.

Segundo Oliveira et al. (2015)<sup>10</sup>, a mobilidade corporal diminuída foi encontrada em 21,9% (amostra de 105 pacientes) dos pacientes, apresentou duas vezes mais chance de o paciente apresentar tanto risco de aspiração como de desenvolver aspiração respiratória.

Os pacientes que possuíam o fator de risco mobilidade corporal diminuída apresentaram 14 vezes mais chances de desenvolver a aspiração respiratória. O fator de risco mobilidade corporal diminuída foi encontrado em quase 45% dos pacientes avaliados e mostrou associação estatisticamente significativa com a aspiração respiratória (CAVALCANTE et al., 2013, p. 6-8)<sup>11</sup>.

Segundo Moraes et al. (2012)<sup>13</sup>, dos 37 participantes do seu estudo, 43,3% apresentaram mobilidade física prejudicada; enquanto 78,4% apresentaram dificuldade para marcha e apenas 21,6% mantiveram integridade da força muscular.

O Diagnóstico de Enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes com AVC mostrou prevalência de 80%. Destacou-se o fato de que muitas das características definidoras deste diagnóstico podem ser favoráveis à ocorrência de quedas, tais como Instabilidade Postural, Movimentos não coordenados e descontrolados, Amplitude limitada do movimento, Diminuição da força muscular, entre outros (COSTA et al., 2010a, p. 688)<sup>15</sup>.

A ocorrência de quedas é um dos problemas de saúde enfrentado pela população idosa. Dentre os fatores que estão envolvidos neste evento, destaca-se a mobilidade física prejudicada. Destaca-se ainda que, a presença de doenças neurológicas como o AVC, associada a outros fatores (como a mobilidade física prejudicada), incrementam o risco de quedas (COSTA et al., 2010a)<sup>15</sup>.

“Idosos com AVC são mais suscetíveis à ocorrência de quedas, pois, muitas vezes, apresentam hemiplegia ou paresia dos membros inferiores, os quais afetam a marcha do indivíduo e sua capacidade de equilíbrio” (MORAIS et al., 2012)<sup>13</sup>.

As vítimas do AVC são afetadas por incapacidades que limitam suas atividades em diversos campos, desde os relacionais até os físicos referentes à mobilidade (OLIVEIRA et al., 2012)<sup>14</sup>.

Segundo Lewis e outros autores (2013)<sup>2</sup>, as complicações a longo prazo do AVC são hemiparesia, incapacidade para deambular, dependência completa ou parcial para as atividades de vida diárias (AVDs), afasia e depressão. Estas complicações após o AVC não afetam apenas a vida das pessoas acometidas fisicamente, emocionalmente ou cognitivamente pela doença, afetam também a vida das famílias e cuidadores, que, para auxiliar a pessoas acometidas pela doença, por muitas vezes também sofrem alterações em suas rotinas e AVDs.

Um AVC pode ter efeito sobre muitas funções corporais, incluindo a atividade motora, eliminação vesical e intestinal, função intelectual, podem ocorrer alterações perceptivo-espaciais, de personalidade, emocional, da sensibilidade, da deglutição e da comunicação. As funções afetadas estão diretamente relacionadas com a artéria envolvida e área do cérebro que esta irriga. (LEWIS et al, 2013, p.1464)<sup>2</sup>.

De acordo com Lewis e outros autores (2013)<sup>2</sup>, quando há envolvimento da artéria cerebral anterior, pode ocorrer déficit motor ou sensitivo, reflexo de sucção ou procura alimentar, rigidez, problemas na marcha, perda de propriocepção e tato fino. Quando é atingida a artéria cerebral média, do lado dominante, ocorre afasia, déficit motor e sensitivo e hemianopsia e, do lado não dominante, negligência unilateral. Considerando envolvimento da artéria cerebral posterior, pode haver hemianopsia, alucinações visuais, dor espontânea e déficit motor. E quando é acometida a artéria vertebral, encontram-se déficits de nervos cranianos, diplopia, tontura, náuseas, vômitos, disfagia, disartria e/ou coma.

Observa-se que os efeitos mais evidentes do AVC são os déficits motores, segundo Lewis e outros autores (2013)<sup>2</sup>. Considerando os Diagnósticos de Enfermagem que se relacionam com a mobilidade, como deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada, observa-se que os efeitos, pode-se dizer que os sintomas ocorrem pela destruição de neurônios motores da via piramidal. Os déficits motores característicos incluem perda dos movimentos voluntários especializados, prejuízo na integração dos movimentos, alterações no tônus muscular e nos reflexos, danos que se associam diretamente com os fatores relacionados dos Diagnósticos de Enfermagem citados acima.

O déficit motor após um AVC segue certos padrões específicos. Como a via piramidal cruza na medula, uma lesão em um lado do cérebro afeta a função motora do lado oposto do corpo (contralateral). O braço e a perna do lado afetado podem apresentar paresia ou paralisia em diferentes graus, dependendo de qual parte e em que extensão a circulação cerebral foi comprometida. (LEWIS et al, 2013, p.1464)<sup>2</sup>.

Justificando fisiologicamente o Diagnóstico de Enfermagem de incontinência urinária, segundo Reis (2010)<sup>19</sup> a incontinência urinária neurogênica ocorre quando se perde involuntariamente a urina devido a defeitos no sistema nervoso (cérebro, nervos ou medula espinhal), pois certa área do cérebro responsável pelo comando ou pela condução dos sinais entre a bexiga e o cérebro está danificada após o AVC. Este defeito do sistema nervoso pode ser comparado ao sistema nervoso imaturo de uma criança, quando não há a comunicação entre os músculos do assoalho pélvico, a bexiga e o cérebro, o que leva a bexiga a responder apenas pelos nervos sensitivos locais, esvaziando-a automaticamente a todo momento que se sentir cheia, sem o comando ou consenso da pessoa.

Arruda, Reis e Fonseca (2014)<sup>20</sup> mostram que uma das complicações que podem ocorrer após um acidente vascular cerebral é a afasia, causada por dano após lesão em área do cérebro responsáveis pela compreensão e expressão de símbolos, sejam verbais ou escritos.

Dentre as diversas classificações, a de Boston é a mais divulgada na qual as afasias de Broca e Wernick são as mais conhecidas, podendo ser entendidas como: afasia de Broca, afasia de expressão caracterizada por lesão no córtex frontal esquerdo, em que a compreensão está mais preservada havendo dificuldade em expressar pensamentos com a utilização da linguagem verbal ou escrita; afasia de Wernick ou afasia de recepção, decorrente de lesão no córtex temporal posterior esquerdo e que se caracteriza por compreensão de linguagem comprometida, variando de pouco alterada até ausente. Ainda nesse tipo de afasia, a fala está fluente, porém, muitas vezes, desprovida de significado. (ARRUDA; REIS; FONSECA, 2014, p. 854)<sup>20</sup>.

Essa alteração causada na compreensão ou expressão da linguagem demonstra por si só que há uma comunicação prejudicada, o que ocasiona uma série de prejuízos na própria assistência de saúde prestada ao paciente, pois faz-se necessário que haja um mínimo de comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, tanto para avaliar suas necessidades básicas, como para orientá-lo, informá-lo ou confortá-lo. Neste caso, cabe à equipe de Enfermagem a interpretação de outros sinais (gestos, silêncios, expressões faciais,

movimentos do corpo e distâncias entre as pessoas) que se tornarão a comunicação disponível neste momento, mesmo que prejudicada (PUGGINA et al., 2016)<sup>21</sup>.

Os Diagnósticos de Enfermagem estilo de vida sedentário e risco de intolerância à atividade estão relacionados com os fatores de risco modificáveis para a ocorrência de um AVC. Considera-se então que a prevenção primária do AVC deve ser direcionada primeiramente para a correção ou melhora desses fatores de risco, de acordo com Greenberg, Aminoff e Simon (2014)<sup>22</sup>.

A incidência de AVC aumenta com a idade, sendo que cerca de dois terços de todos os AVCs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos; a incidência é um pouco maior em homens do que em mulheres, sendo maior em afrodescendentes do que em brancos. Os fatores de risco modificáveis para o AVC consistem em hipertensão sistólica ou diastólica, fibrilação atrial, diabetes, dislipidemia e falta de atividade física. (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2014, p.413)<sup>22</sup>.

Corroborando com o resultado obtido neste estudo, que destaca a prevalência e a relevância dos Diagnósticos de Enfermagem da classe II - atividade/exercício do domínio 4 – atividade e repouso, segundo Oliveira et al. (2012)<sup>14</sup>, seu estudo apresentou 11 Diagnósticos de Enfermagem da classe atividade/ exercício da NANDA-I. Dentre os 11 Diagnósticos de Enfermagem, sete apresentaram frequência acima de 50%, sendo eles: risco de queda (95,9%); mobilidade física prejudicada (90,1%); deambulação prejudicada (85,1%); estilo de vida sedentário (83,5%); risco de síndrome do desuso (80,2%); risco de intolerância à atividade (76,9%) e capacidade de transferência prejudicada (69,4%).

## **6 CONCLUSÃO**

Foram encontrados e relacionados dez Diagnósticos de Enfermagem ao paciente com AVC, sendo eles: risco de quedas, risco de aspiração, mobilidade física prejudicada, estilo de vida sedentário, risco de síndrome do desuso, capacidade de transferência prejudicada, incontinência urinária, comunicação verbal prejudicada, deambulação prejudicada e risco de intolerância à atividade. Ressalta-se maior frequência dos diagnósticos risco de queda, risco de aspiração, mobilidade física prejudicada, estilo de vida sedentário, risco de síndrome do desuso e capacidade de transferência prejudicada, que apareceram em mais de um estudo pesquisado.

Observou-se que a maioria dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados no paciente com AVC são diagnósticos do domínio 4 – atividade e repouso, e da classe II -

atividade/exercício, o que demonstra que os maiores problemas relacionados ao AVC e maiores necessidades destes pacientes são o comprometimento que a doença causa à mobilidade, o que pode acarretar e intensificar outros problemas como maior risco de queda e risco de aspiração, por exemplo.

Contudo, ressalta-se a importância da atenção ao risco que a mobilidade prejudicada traz ao paciente com AVC, direcionando sua assistência e cuidados com enfoque em reduzir eventos que possam causar maiores danos ao paciente, proporcionando assim uma qualidade de vida mais satisfatória.

### REFERÊNCIAS

- 1 - Andrade AF, Paiva WS, Amorim RLO, Figueiredo EG, Neto ER. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. São Paulo: Revista Associação Médica Brasileira. 2009;55(1):75-81. [citado 20 jul. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302009000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000100020)
- 2 - Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Brucher L, Camera IM. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica – avaliação e assistência dos problemas clínicos. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- 3 - Lima ACMACC, Silva AL, Guerra DR, Barbosa IV, Bezerra KC, Oiríá MOB. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. [internet]: Revista Brasileira de Enfermagem. 2016;69(4):738-45.
- 4 - Rodrigues, TP, Dias MA, Hohl A, Mazzuco TL. Bases fisiopatológicas do traumatismo crânio-encefálico e insuficiência hipofisária pós-traumática. Londrina: Biosáude. 2008;10(2):129-46.
- 5 - Barros ALBL, Lopes JL. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. [internet]: Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem. 2010;1(2):63-5. [citado 02 dez. 2018]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>
- 6 – Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I – Definições e Classificações. 11ª Ed. São Paulo: Artmed Editora; 2018.



7 – Souza MT, Silva MD, Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. [internet]: Einstein. 2010;8(1):102-6. [citado 20 jul. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)

8 – Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. [internet]: Texto Contexto. 2008;17(4):758-64. [citado 20 jul. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018).

9 – Leandro TA, Araújo TL, Cavalcante TF, Lopes MVO, Oliveira TMF, Lopes ACM. Diagnósticos de enfermagem de incontinência urinária em pacientes com acidente vascular cerebral. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2015;49(6):924-32. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000600923&lng=en&nrm=iso)

10 – Oliveira ARS, Costa AGS, Moraes HCC, Cavalcante TF, Lopes MVO, Araújo TL. Fatores clínicos preditores do risco para aspiração e aspiração respiratória em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015;23(2):216-224. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200006&lng=en&nrm=iso)

11 – Cavalcante TF, Araújo TL, Moreira RP, Guedes NG, Lopes MVO, Silva VM. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "risco de aspiração" em pacientes com acidente cerebrovascular. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013;21: 250-8. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000700031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700031&lng=en&nrm=iso)

12 – Chaves DBR, Costa AGS, Oliveira ARS, Silva VM, Araújo TL, Lopes MVO. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pós-acidente vascular encefálico.

Fortaleza: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2013;14(5):877-85. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3608>

13 – Moraes HCC, Holanda GF, Oliveira ARS, Costa AGS, Ximenes CMB, Araújo TL. Identificação do diagnóstico de enfermagem "risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral". Porto Alegre: Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012;33(2):117-24. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200017&lng=en&nrm=iso)

14 – Oliveira ARS, Costa AGS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem da UERJ. 2012;20(2):221-28. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4066>

15 – Costa AGS, Oliveira ARS, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery. 2010a;14(4):684-9. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400005&lng=en&nrm=iso)

16 – Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2010b;44(3):753-58. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300029&lng=en&nrm=iso)

17 – Moreira RP, Araújo TL, Cavalcante TF, Oliveira ARS, Holanda GF, Moraes HCC, Vasconcelos JDP, Ximenes CMB, Alves FEC. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. [internet]: Revista Eletrônica de

Enfermagem. 2010;12(3):425-30. [citado 22 nov. 2018]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a02.htm>

18 - Vaughans BM. Fundamentos de Enfermagem desmistificados: um guia de aprendizado. 1ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

19 - Reis FC. Incontinência urinária de causa neurogênica. [internet]: Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia. 2010. [citado 05 dez. 2018]. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WYi9IL6l4eoJ:https://www.apnug.pt/docs/docs/incontinencia\\_urinaria\\_de\\_causa\\_neurogenica.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WYi9IL6l4eoJ:https://www.apnug.pt/docs/docs/incontinencia_urinaria_de_causa_neurogenica.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=br)

20 - Arruda JS, Reis FP, Fonseca V. Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe. [internet:] Revista CEFAC. 2014;16(3):853-62. [citado 05dez. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462014000300853&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462014000300853&script=sci_abstract&tIng=pt)

21 - Puggina ACG, Trovo MM, Biondo CA, Barbosa IA, Santos M, Silva MJP. Diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada na prática clínica: uma revisão integrativa. [internet]: Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2016;4(2):135-44. [citado 05 dez. 2018]. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1644>

22 - Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP. Neurologia clínica. 8ª Ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.